

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

569

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Émile-Frédéric LE PAVEC

Né à Moutoir-de-Bretagne, le 9 septembre 1908

Ancien externe des Hôpitaux

Ancien élève de l'École du Service de Santé Militaire

A PROPOS D'UN CAS

DE

LEUCOPLASIE PHARYNGÉE

Président : M. LEMAITRE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Émile-Frédéric LE PAVEC

Né à Moutoir-de-Bretagne, le 9 septembre 1908

Ancien externe des Hôpitaux

Ancien élève de l'École du Service de Santé Militaire

A PROPOS D'UN CAS

DE

LEUCOPLASIE PHARYNGÉE

Président : M. LEMAITRE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N. Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PÓRTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DEBRÉ Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 FIESSINGER .. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.
 HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MATHIEU Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de mon immense affection et
de ma profonde reconnaissance.*

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

*A qui nous exprimons notre respectueuse
reconnaissance pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGEOIS

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laënnec

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a accueilli dans son service
avec une grande bienveillance et nous a con-
seillé le sujet de ce travail. Hommage res-
pectueux de gratitude et d'attachement.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DU VAL-DE-GRACE

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur DELBET

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

M. le Professeur SICARD (*in memoriam*).

M. le Docteur ROBINEAU

M. le Docteur PISSAVY (*in memoriam*).

M. le Professeur LEREBoullet

M. le Professeur BAUDOUIN

M. le Professeur GUILLAIN

M. le Docteur LAPOINTE (*in memoriam*).

M. le Docteur LORTAT-JACOB (*in memoriam*).

M. le Docteur BOURGEOIS

A PROPOS D'UN CAS
DE
LEUCOPLASIE PHARYNGÉE

Introduction.

Parmi les localisations rares et atypiques de la leucoplasie, le siège au pharynx et au voile du palais est des plus exceptionnels. De nombreux dermatologistes et syphiligraphes, avouent, avec Fournier, ne l'avoir jamais observé. De même, les spécialistes d'oto-rhinolaryngologie ne sont presque jamais amenés à faire le diagnostic de leucoplasie pour une lésion de la muqueuse pharyngée. A l'hôpital anti-cancéreux Paul Brousse, aucun des nombreux malades traités pour des affections du pharynx ne présentait de leucoplasie, seule ou associée à une autre lésion.

La littérature médicale ne possède que quelques communications de cas isolés qui ont autorisé les classiques à mentionner cette localisation.

Durant notre séjour dans le service d'oto-rhinolaryngologie de l'hôpital Laënnec, nous avons eu l'occasion de voir un cas de leucoplasie pharyngée.

Le malade présentait une plaque de leucokératose typique sur le voile, la luette et les piliers postérieurs.

En outre, il avait, au pôle supérieur du pilier antérieur gauche, une lésion de leucoplasie transformée qui faisait suspecter la cancérisation. Les muqueuses les plus ordinairement atteintes par l'affection, étaient indemnes.

La présence chez le même malade de deux ordres de lésions leucoplasiques, électivement localisées en un siège d'exception, à l'exclusion de toute autre localisation, a paru soulever assez d'intérêt pour que notre maître, M. le D^r Bourgeois, nous conseillât de rapporter l'histoire de ce malade pour notre travail de thèse. Qu'il veuille bien en accepter l'hommage, et trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

CHAPITRE PREMIER

Notions élémentaires sur la leucoplasie.

La leucoplasie est une lésion bien connue. Nous ne voulons pas nous attarder sur des généralités que de nombreux auteurs, français et étrangers, ont décrites en détail. Il nous paraît bon, cependant, au début d'un travail qui traite de la leucoplasie, d'en définir les grands caractères cliniques, histologiques, étiologiques, qui aideront à la compréhension de notre sujet, et nous insisterons surtout sur les particularités du cas que nous rapportons.

La leucoplasie, appelée parfois leucokératose, plaques blanches des fumeurs ou à tort, psoriasis buccal, tylosis linguæ, ichtyose buccale (bouche), kraurosis (vulve), pachydermie (vessie, urèthre, rectum, larynx) est une affection kératosique propre à certaines muqueuses et caractérisée,

Anatomiquement par des modifications portant sur la structure de l'épithélium et du derme des muqueuses atteintes.

Cliniquement par l'apparition de plaques blanches spéciales, pathognomoniques de la lésion.

Rare chez la femme, exceptionnelle chez l'enfant, la leucoplasie est surtout une affection de l'homme adulte.

Son début est lent, insidieux, insensible. Elle se forme sur des taches érythémateuses, parfois hérissées de fines granulations. Des modifications surviennent, portant sur la largeur, l'aspect, l'épaisseur et la consistance des plaques. D'abord petites, irrégulières, sans limite nette, elles grossissent et s'étendent. La macule rougeâtre se trouble progressivement vers une couleur blanc bleuâtre, blanc de lait, blanc de nacre. Plus tardivement peut apparaître une teinte blanc grisâtre ou blanc d'argent, souvent légèrement miroitante.

Les plaques peuvent rester minces et translucides ; elles peuvent aussi s'épaissir, devenir soit saillantes, soit au contraire déprimées, par atrophie des papilles comprimées par l'épaississement de l'épithélium.

Au lieu de rester lisses et unis, les placards kératosés prennent parfois un aspect rugueux, chagriné, irrégulier. Ils paraissent coupés de rides, de plis, de sillons, ou même deviennent fissurés, ulcérés, érosifs. A un degré plus marqué, on voit apparaître des saillies dures, cornées, verruqueuses, d'aspect franchement papillomateux.

La muqueuse malade perd souvent sa souplesse et devient rude, sèche et parcheminée. Et l'on peut voir des lambeaux entiers d'enduit blanchâtre se détacher comme par clivage.

La plaque s'unit à la muqueuse environnante, soit par une transition insensible, soit par une ligne nette bien qu'irrégulière et déchiquetée. A sa limite, et seulement en période d'extension, on voit parfois le liséré inflammatoire de Zschwimmer.

D'ailleurs, les poussées inflammatoires ne sont pas rares dans cette affection chronique, à marche lente, qui peut guérir seule ou après traitement, mais qui le plus souvent persiste toute la vie, connue du malade et bien tolérée. Mais un patient atteint de leucoplasie pharyngée peut craindre une extension, qui amènerait des troubles de la déglutition et de la parole, et surtout il est exposé aux complications habituelles, au premier rang desquelles vient la cancérisation.

Ces caractères différents de la leucoplasie expliquent les dénominations variées sous lesquelles on la rencontre et les diverses formes cliniques qu'on lui reconnaît habituellement : leucoplasie abortive, leucoplasie simple, leucoplasie verruqueuse, leucoplasie compliquée d'ulcération ou de tumeur.

L'*anatomie pathologique* de la leucoplasie intéresse à la fois le derme et l'épiderme. Les lésions épithéliales sont primitives. Dans un épithélium atteint de leucoplasie on peut schématiquement distinguer quatre couches de la superficie vers la profondeur :

- 1^o Le stratum corneum, avec des cellules anucléées, disposées en deux ou trois couches ;
- 2^o Le stratum lucidum, où les cellules ont un noyau plus ou moins invisible, et où l'éléidine est répandue en larges flaqes ;
- 3^o Le stratum granulosum, couche dont les cellules sont chargées de granulations contenant l'éléidine ;

4° Enfin une couche profonde, composée de cellules polygonales ou cylindriques.

Les lésions dermiques, secondaires à celles de l'épithélium, sont inflammatoires, probablement causées par des microbes pathogènes qui viennent de la surface à travers les solutions de continuité de l'épithélium. Elles sont d'importance inégale, allant de l'infiltration à petites cellules jusqu'à la sclérose, l'œdème, la transformation fibreuse, l'hypertrophie papillaire.

En conclusion, et dans les cas typiques, les caractères histologiques d'une leucoplasie seront une sclérose dermique, une kératose, hyperkératose ou parakératose de l'épithélium avec présence d'éléidine.

Mais les aspects atypiques et les variations anatomopathologiques sont assez fréquents pour autoriser à faire le diagnostic de leucokératose, devant des lésions cliniquement leucoplasiques, en l'absence d'un ou plusieurs caractères microscopiques.

L'*étiologie* de la leucoplasie soulève un problème complexe, qui n'est pas résolu de façon définitive. La tendance actuelle, à la suite des travaux de Fournier, Gaucher, Landouzy, Sergent, est de faire entrer la leucoplasie dans le cadre des affections para-syphilitiques. La syphilis agirait probablement par un double mécanisme : directement par le tréponème et d'une manière indirecte par la réaction inflammatoire qui entretient des lésions si fréquentes dans la cavité buccale.

D'autres auteurs, comme Darier, tout en admettant le rôle primordial de la syphilis acquise et même héréditaire dans la pathogénie de la leucoplasie, reconnaissent la possibilité d'autres facteurs. Au premier rang d'entre eux, viendrait l'abus du tabac. Et M. Sabouraud et divers dermatologistes pensent même que la leucoplasie syphilitique aurait des caractères particuliers : plus profonde, indurée, fissurée, avec des cicatrices, reliquats d'antiques processus spécifiques.

Les diverses statistiques publiées, assez contradictoires, n'arrivent pas à prouver l'influence étiologique unique de la syphilis. Presque toujours retrouvée dans les antécédents des malades atteints de leucokératose linguale, elle est moins constante au niveau des muqueuses labio-géniennes (Perrin), urétrales (Hallé), laryngées (Poyet).

Sur onze observations de leucoplasie du pharynx et du voile du palais que nous avons devant les yeux, nous ne relevons qu'une seule fois avec certitude une spécificité avouée, avec d'ailleurs absence de stigmates et réaction de Bordet-Wassermann négative. Dans trois autres cas les recherches étiologiques furent négligées.

Enfin, chez sept malades, l'étude des antécédents, l'examen clinique et la réaction de Wassermann n'arrivent pas à révéler la syphilis. Une malade (cas de Martinez Adren) était fumeuse.

Bien que connaissant la carence sérologique des syphilis anciennes et héréditaires, et la difficulté de dépister une affection « qui se cache et s'ignore »,

nous restons frappés par la valeur de ces observations. Et devant l'incertitude de l'étiologie syphilitique dans certains cas, on a cherché d'autres causes à la leucoplasie.

Certains auteurs admettent des causes locales telles que, d'abord, l'inflammation chronique sous toutes ses formes, ensuite et surtout telles que l'irritation prolongée par le tabac dont nous avons déjà parlé, et même par l'alcool.

D'autres auteurs reconnaissent des causes d'ordre général. Mais les affections chroniques, comme les différentes lithiases et auto-intoxications, la goutte, l'asthme, l'emphysème, le diabète, n'ont pas un rôle étiologique bien certain. Et en définitive, la syphilis reste à la source de la majorité des leucoplasies, comme le dit cette vieille formule trop absolue mais néanmoins souvent exacte : « leucoplasie = syphilis + tabac. »

Le *diagnostic* et le *traitement* de la leucoplasie changent suivant la localisation et nous nous réservons de traiter ces questions après les observations de leucoplasie pharyngée.

Le *siège* de la leucoplasie est presque toujours la bouche. C'est à ce niveau que les premiers auteurs l'ont observée, et il équivaudrait à faire l'historique complet de la question que de rappeler les découvertes depuis Alibert, Rayet, Plümbe, au début du XIX^e siècle puis plus tard Schwimmer, Vidal, Kaposi, Bazin.

Pourtant on ne peut passer sous silence les noms de Debove, Gaucher, Besnier, Cestan, Leloir, Perrin, qui l'ont étudiée avec soin au niveau de la muqueuse buccale, surtout dans sa moitié antérieure et sa surface supérieure, la face interne des joues, les lèvres et plus rarement la région postérieure des joues, les gencives, le palais. Après la bouche, ce sont les organes génitaux qui sont le plus fréquemment atteints. Fournier, Reclus, Albarran, Hartmann, Hallé, Jayle, Bender, ont montré que, rare au niveau du gland et du prépuce chez l'homme, elle était plus fréquente au niveau de la muqueuse vulvaire et vaginale de la femme. On la rencontrerait encore assez souvent au niveau de la muqueuse ano-rectale. Les autres localisations sur les muqueuses du col utérin, de l'œsophage, de la trachée, du larynx, des fosses nasales, de la caisse du tympan et même de la cornée et de l'appareil excréteur de l'urine constituent des cas tout à fait exceptionnels.

Exceptionnelle aussi est la localisation qui nous occupe au pharynx et au voile du palais. En publiant une observation personnelle complète et en rapportant des communications éparses, nous cherchons à rassembler les travaux sur la question et à en dégager l'intérêt.

CHAPITRE II

Observation d'un cas de leucoplasie pharyngée.

M. Fr... 57 ans, vient consulter pour une gêne légère au niveau du pharynx. Le début complètement latent, remonterait à quelques semaines. Le malade n'avait consulté aucun médecin, avant de venir à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laënnec.

A l'examen. — On est frappé immédiatement par une lésion d'aspect leucoplasique typique, siégeant, en les débordant, sur la luette et les piliers postérieurs. La leucoplasie recouvre entièrement la luette, aussi bien en arrière qu'en avant. Elle forme une véritable gaine leucokératosique, semi-rigide, qui se plisse quand la luette se contracte. Celle-ci est grosse, infiltrée, extrêmement mobile. Le réflexe palatin est conservé.

L'examen au salpingoscope, la rhinoscopie postérieure après relèvement du voile au stylet ou au releveur, montre l'intégrité des muqueuses de la face supérieure du voile et du rhino-pharynx.

La plaque de leucoplasie, quittant la luette sans solution de continuité, vient s'étaler à droite et surtout

à gauche sur la partie haute de chaque pilier postérieur et sur la portion avoisinante du voile. Puis elle descend, en s'effilant, vers la partie inférieure des piliers.

Cette plaque leucoplasique, dans sa topographie complexe, figure une plaque unique qui pèdominerait par sa netteté au niveau de la luette, pour déborder latéralement, simplement plus atténuée, sur les piliers postérieurs. On peut se la représenter comme l'image grossière d'un papillon, dont la luette nacrée formerait le corps et la leucoplasie des piliers les deux ailes.

La couleur est, dans l'ensemble, d'un blanc crayeux caractéristique, mais, au niveau de la luette, la teinte est plus nacrée, laiteuse, alors que sur les piliers la nuance est plus terne, opaline et porcelainée.

La couleur de la plaque se détache nettement sur un fond de voile et de pharynx environnant, d'un rouge qui semble plus vif que de coutume, presque carminé.

Les contours de la plaque sont partout nettement délimités, mais ils sont dentelés, géographiques.

La surface est légèrement épaissie, un peu ridée, finement chagrinée au niveau de la luette. Au toucher, la muqueuse est souple, indolore.

En regard de cette plaque, au pôle supérieur du pilier antérieur gauche, existe une lésion de leucoplasie transformée. C'est un placard chancriforme, de la surface d'une pièce de cinquante centimes, assez irrégulièrement arrondi. Il est saillant, surélevé et domine la muqueuse environnante qui paraît saine.

Le fond est constitué par une plaque leucoplasique, épaissie, fissuraire, mais sans ulcération typique. La couleur est blanche crayeuse.

La bordure est nettement tranchée et assez régulière. Elle est épaisse, cartonnée, mordant et encochant le bord libre du pilier. Cette induration et cette surélévation se confirment par le toucher et par le stylet qui accroche nettement le bord.

La lésion ne saigne, ni spontanément, ni au toucher. Elle est indolore ; tout au plus, provoque-t-elle la sensation peu gênante d'un corps étranger, sans trouble de l'alimentation ni de la parole.

L'examen du pharynx fut complété par un examen général.

On ne trouva pas d'adénopathie cliniquement perceptible de la région cervicale, en particulier carotidienne, où les ganglions reçoivent les lymphatiques de la portion buccale du pharynx.

L'investigation clinique fut surtout orientée vers la recherche de la syphilis. Mais aucun signe ne permit d'imputer à coup sûr à la spécificité l'origine de cette leucoplasie. Le malade déclarait n'avoir jamais eu la syphilis. Ses réflexes pupillaires étaient normaux, ainsi que ses réflexes tendineux et cutanés. L'épreuve de Bordet-Wassermann fut négative. Seuls, des antécédents familiaux auraient pu jeter quelque doute : trois de ses enfants, en effet, étaient morts entre quinze et dix-huit mois, de méningite probablement.

Le malade était un fumeur très modéré.

On ne décéla aucune affection des divers appareils,



Leucoplasie de la luette et des piliers postérieurs.

en particulier aucune tare cardiaque. Nulle autre lésion leucoplasique n'existait, pas plus sur la muqueuse environnante que sur les territoires habituels ou occasionnels.

Tels sont les deux aspects de lésion que nous observons chez ce malade : leucoplasie pure de la luette et des piliers postérieurs, leucoplasie transformée du pilier antérieur gauche qui nécessitait un diagnostic complexe de fissure et de néoformation.

Devant l'allure suspecte de cette dernière lésion, on préféra à une biopsie l'extirpation complète de la petite tumeur. Le Dr Bourgeois pratiqua l'intervention. Après anesthésie locale à la novocaïne, il fit l'excision au bistouri électrique du bourgeonnement en passant en tissu sain.

Il fut inutile de faire une coagulation ou des sutures, car il n'y avait pas d'hémorragie.

La cicatrisation se fit parfaitement et rapidement en une dizaine de jours, donnant une cicatrice souple.

Le malade est revu périodiquement, tous les deux mois. Le tissu cicatriciel garde sa souplesse. La plaque de leucoplasie de la luette et des piliers postérieurs a son même aspect. L'opération date actuellement de cinq mois.

La pièce chirurgicale fut envoyée au laboratoire de M. le professeur Léon Bernard, pour y être examinée par Mlle la Doctoresse Gauthier-Villars. On nous donna la réponse histologique suivante :

« Le fragment prélevé, dont le centre est formé de fibres musculaires séparées par quelques groupes de

cellules sous-muqueuses, est revêtu en surface par un épithélium de type malpighien.

Aux deux extrémités cet épithélium est normal, de type buccal. En le suivant, on voit apparaître progressivement les caractères ci-après :

1^o Son épaisseur s'accroît et, en même temps, sa surface se recouvre de quelques lamelles de type corné. Les cellules du corps muqueux se vacuolisent.

2^o Son contour dessine ensuite une végétation bien limitée, ulcérée en surface, à pédicule mince. En ce point, l'épaisseur de l'épithélium est au moins deux fois plus grande que normalement. Dans cette zone papillomateuse la basale est respectée ; seule une réaction inflammatoire de type subaigu altère le stroma voisin ;

3^o Enfin sur l'autre versant de la coupe, l'épithélium, toujours très épais, est largement ulcéré, si bien que les caractères schématiques de la leucoplasie simple manquent ; c'est l'ulcération seule qui subsiste et la réaction inflammatoire aiguë qui l'accompagne.

En aucun point, on ne rencontre d'envahissement profond ou d'altérations cellulaires permettant de penser qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

En résumé, les lésions épithéliales sont caractérisées :

1^o par l'épaississement de l'épithélium avec état vacuolaire des cellules ;

2^o par l'hyperacanthose plus ou moins intense suivant les points et par les granulations d'éléidine ;

- 3° par la surcharge cornée bien visible dans la région non ulcérée ;
- 4° par l'état papillomateux localisé de l'hyperplasie épithéliale ;
- 5° par la réaction inflammatoire vive qui accompagne l'ulcération leucoplasique ;
- 6° par l'absence de lésions de type néoplasique ».

*
* *
*

Ainsi cette observation présente un intérêt multiple. D'abord la localisation exceptionnelle de la leucoplasie au niveau du pharynx, luette et piliers. Ensuite l'existence, à côté d'une leucoplasie normale, d'une leucoplasie transformée qui n'est qu'un papillome compliqué d'ulcération, mais qui faisait suspecter l'épithélioma. Enfin l'absence de leucokératose sur les territoires habituels.

CHAPITRE III

Observations de leucoplasie pharyngée

Telle est l'observation d'un malade avec les deux ordres de lésions leucoplasiques normales et compliquées. Nous avons recherché dans la littérature médicale les cas similaires ou rapprochés, et nous citons les quelques communications qui furent faites à ce sujet.

I. — OBSERVATION N° 1.

Bournique, thèse Paris, 1929.

M. P... 47 ans, vient consulter le 6 mars 1929 dans le service d'oto-rhino-laryngologie du Pr Sébilleau à l'hôpital Lariboisière, pour de la dysphagie datant de juillet 1928. De plus, il souffre depuis un mois d'otalgie gauche.

A l'examen on note une plaque de leucoplasie plane, non verruqueuse, siégeant sur le voile à gauche, un peu en dehors de la luette. Le pilier postérieur gauche est hypertrophié et descend sur la paroi pharyngée jusqu'au niveau de la base de l'épiglotte. Par suite de cette hypertrophie, l'étalement pharyngé du pilier

se met en contact avec la face antérieure de l'épiglotte.

Sur cette colonne hypertrophiée on note la présence d'une ulcération dont le bord antérieur paraît éversé et dur. L'induration est nette au toucher. Il existe une adénopathie unique à gauche, dans la région jugulo-carotidienne haute, de consistance mollassse, non adhérente.

L'étiologie syphilitique est impossible à démontrer. Le malade ne présente pas de stigmates syphilitiques, les antécédents n'apprennent rien, la réaction de Bordet-Wassermann est négative après réactivation, le 22 mars 1929.

L'examen histologique de l'ulcération du pilier postérieur gauche montre un épithélioma baso cellulaire et autour de la leucoplasie.

II. — OBSERVATION N° 2.

Bournique, thèse Paris, 1929

M. M... 44 ans, vient consulter le 9 mars 1929, dans le service d'oto-rhino-laryngologie du Pr Sébilleau à l'hôpital Lariboisière, pour une ulcération palatine.

A l'examen, on trouve en effet sur le palais, en arrière et à droite, depuis le rempart alvéolaire jusqu'au milieu de la voûte palatine et du voile du palais, une sorte de plaque blanchâtre et sanieuse par endroits, qui donne l'impression d'une leucoplasie transformée.

On pratique l'exérèse et l'examen histologique con-

firme le diagnostic clinique d'épithélioma sur une leucoplasie.

Le malade ne présente aucun stigmate de syphilis mais il reconnaît cependant avoir contracté cette maladie en 1910. Il a suivi un traitement au cyanure pendant six ans. Sa femme a mis au monde plusieurs enfants mort-nés. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée le 26 mars 1929 est négative.

Il s'agit donc d'épithélioma leucoplasique chez un malade syphilitique.

III. — OBSERVATION N° 3

Deelman, *Report of the international conference on cancer*, Londres, 17-20 juillet 1928.

Il s'agit d'une femme de 72 ans, qui avait été opérée auparavant pour un petit cancer de la muqueuse de la face interne de la joue. Autour de cette tumeur l'épithélium était leucoplasique. L'opération avait réussi et il n'y avait pas eu de récurrence.

Longtemps après cette intervention, la malade est admise à l'hôpital pour une douleur et une difficulté à la déglutition. Le chirurgien, au premier examen superficiel du pharynx, trouve une tumeur sur la paroi postérieure du pharynx. Un examen plus détaillé de la région est impossible. La malade meurt trois jours après d'une pneumonie.

L'examen *post-mortem* est pratiqué avec soin. L'ancienne opération a laissé une cicatrice banale. Sur la paroi postérieure du pharynx, on trouve une plaque

aplatie, ronde, de la largeur d'une pièce de deux sous. Cette tumeur est entourée de leucoplasie, qui couvre la plus grande partie du pharynx, l'entrée du larynx et de l'œsophage. La tumeur se perd graduellement dans la leucoplasie environnante. Il est très difficile en maints endroits de dire où la néoformation finit, et où la leucoplasie commence. La tumeur a une surface granuleuse mais nullement ulcérée.

Des coupes sont pratiquées à partir du centre de la tumeur jusque dans la leucoplasie environnante. Chaque coupe montre deux zones : l'une néoplasique, qui est un carcinome plano-cellulaire, l'autre épithéliale, qui est leucoplasique. En aucun point de ces coupes, on ne découvre de limite nette entre la tumeur et la leucoplasie. A leur rencontre, se trouve une aire où l'épithélium est épaissi, où les cellules présentent de nombreuses images de karyokinèse et de transformation légère en cellules cancéreuses. Par contre, la limite avec le tissu sain est nette, la rangée cellulaire de la couche germinative est régulière.

IV. — OBSERVATIONS N^{os} 4, 5, 6, 7.

Citelli, *De l'existence de leucoplasie typique sur les amygdales palatines et pharyngées et sur le cornet inférieur. L'oto-rhino-laryngologie internationale*, octobre 1931.

L'auteur, professeur à la Faculté de Catane, publie cinq cas très intéressants de localisation exceptionnelle de leucoplasie :

Un cas sur un cornet inférieur ;

Deux cas de leucoplasie typique sur l'amygdale palatine droite ;

Deux cas sur les végétations adénoïdes pharyngées.

Aucun de ces malades n'a la syphilis.

L'examen histologique montre le nombre des couches d'épithélium pavimenteux très augmenté. Plusieurs des couches superficielles ont une cornéification plus ou moins avancée et une formation de lamelles avec noyau effacé ou tout à fait disparu. Des couches les plus superficielles, se détache ici et là quelque rare lamelle caséifiée.

L'auteur conseille d'enlever ces plaques de leucokératose car il les considère de nature précancéreuse.

V. — OBSERVATIONS N^{os} 8 et 9.

Rosner Simon, *Leucoplasie buccale. La Médecina argentina* n^{os} 92 et 93, janvier-février 1930.

Parmi de nombreuses observations de leucoplasie buccale, l'auteur publie deux cas de leucokératose typique sur la paroi postérieure du pharynx et le palais (Observations N^o 37 et 39).

VI. — OBSERVATION N^o 10.

Martinez Audren, *Revue Esp. y. Amér. de laryngo.*, février 1930.

Il s'agit d'un épithélioma de l'hypopharynx chez une femme fumeuse.

Les diverses observations de leucoplasie du pharynx et du voile que nous avons recueillies sont récentes et ne constituent pas les seuls documents sur la question. Les classiques, depuis plus de vingt ans, ont signalé la possibilité de ce siège atypique.

Cependant, une leucoplasie du voile et des piliers, est une localisation assez rare pour justifier la communication nouvelle que nous avons faite. Nous allons tâcher maintenant de dégager ce qu'elle peut apporter d'intéressant.

CHAPITRE IV

Leucoplasie du pharynx et cancer

L'intérêt des cas que nous venons de rapporter, réside moins dans leur rareté et dans leurs caractères particuliers dus à la localisation spéciale, que dans l'étude des rapports de la leucoplasie et du cancer au niveau du pharynx.

Il est certain que les épithéliomas des muqueuses pharyngées ne prennent que très rarement naissance sur de la leucoplasie. Une statistique de M. Roussy, dans une étude des relations de la syphilis et du cancer, en fait foi. Il n'a jamais été observé de leucoplasie associée à un épithélioma qui siégeait, dans cinq cas sur le voile du palais, dans dix-neuf cas sur le pharynx, les amygdales ou les piliers et huit fois sur le pharyngo-larynx.

Par contre, dans les observations que nous publions, la leucoplasie du pharynx a fréquemment subi la transformation tumorale. Depuis longtemps, pour la leucokératose de la région bucco-linguale, les auteurs ont signalé la tendance à la complication cancéreuse. La plupart citent une proportion de trente à cinquante pour cent ; M. Darier admet un taux moindre de quinze à vingt pour cent.

Dans cinq des observations de leucokératose pharyngée que nous avons signalées, on notait une dégénérescence, une fois papillomateuse, quatre fois cancéreuse. Cette constatation mérite que nous en recherchions les causes, les processus et les signes capables, peut-être, de diriger notre conduite.

Depuis Négligan qui, en 1862, observa le premier, à propos d'un néoplasme de la langue, cette tendance de la leucoplasie à l'évolution tumorale, la question a été très étudiée et de nombreuses théories sont nées.

Des auteurs, comme Ledentu, Cestan, Pichevin, Ménétrier, Marfan, voient dans la leucoplasie un stade de cancer à marche lente, la transformation maligne étant la terminaison normale et non une complication de l'affection. Ils suivent le processus du développement tumoral à partir de la plaque blanche et unie de leucoplasie typique qui s'épaissit, saille, se ride, s'ulcère, s'indure, prend un aspect corné et papillomateux avant de devenir un épithélioma.

D'autres auteurs, faisant remarquer que des leucoplasies depuis longtemps diagnostiquées ne s'étaient jamais transformées en cancer, affirment que la leucokératose n'agit que comme point d'appel. Elle créerait une prédisposition à l'épithélioma. Diverses hypothèses cherchent à expliquer le processus et les conditions de la transformation dans les deux cas.

Virchow et Ménétrier disent que des irritations chroniques seraient capables de créer ou de préparer la transformation de cellules normales ou déjà pathologiques en cellules cancéreuses. Déjà, en 1775, Per-

cival Pott avait attribué aux irritations chroniques par le charbon et ses dérivés le cancer scrotal des ramoneurs. Récemment, Yamagiwa et Itchikawa ont produit le cancer expérimental par l'action physique et chimique des frictions de goudron sur l'oreille du lapin, Pourquoi la leucoplasie ne pourrait-elle pas subir la transformation maligne grâce à ses propres altérations permanentes, histologiques et inflammatoires, ou encore par l'intermédiaire de ses agents étiologiques, facteurs d'irritation ? La syphilis, en effet, peut déterminer une sclérose profonde active, de durée indéfinie, constituant des foyers d'irritations chroniques. De même l'irritation chimique par le tabac des muqueuses bucco-pharyngées a une action comparable aux lésions par l'alcool de la muqueuse gastrique des alcooliques, chez qui se verrait de préférence le cancer (Roffo, Buenos-Aires).

Une autre hypothèse explique la transformation néoplasique des leucoplasies, par une influence physico-chimique qui viendrait troubler le rôle physiologique de la cellule déjà touchée et rompre l'équilibre endo-cellulaire, pour conduire à un accroissement désordonné et anarchique. L'étude bio-chimique et bio-physique de la cellule, les divers dosages des sels, la mesure des éléments radio-actifs, pourraient peut-être amener des découvertes utiles.

Des auteurs ont pensé qu'un virus cancérigène viendrait transformer les cellules, à la faveur d'une solution de continuité de l'épithélioma touché par la leucoplasie.

Peyton Rous et surtout Gye, dans des expériences méthodiques sur la pathogénie du cancer en général, ont montré qu'il ne suffisait pas d'un virus. Il faudrait aussi des cellules mises en état de réceptivité et lui fournissant une substance chimique sensibilisatrice. Il est possible alors, que les altérations cellulaires de la leucoplasie soient des conditions prédisposantes, préparantes, sensibilisantes. Et ces cellules soumises à l'irritation chronique seraient incitées à la prolifération et plus aptes à évoluer vers le cancer, sous l'action d'un virus, peut-être unique et banal, auquel elles fourniraient, plus que des éléments normaux, la substance chimique spécifique.

Ces diverses théories n'ont pas encore résolu le problème complexe du processus de la transformation cancéreuse de la leucoplasie. De même, le mode d'accroissement et d'extension de la tumeur est incertain et varié.

Parfois il semble être monocentrique, une première cellule cancéreuse donnant naissance à d'autres cellules qui proliféreraient excentriquement, en prenant la place des éléments pré-tumoraux nécrosés. C'est une substitution de cellule à cellule. Dans d'autres cas, l'extension paraît être multicentrique, de nombreux foyers cancéreux se produisant à la périphérie de la tumeur, par transformation des éléments similaires soumis aux mêmes causes. C'est un accroissement par transformation.

Alors que les travaux récents semblent montrer la prédominance du premier mode d'extension, Deel-

man, à propos d'un cas de leucoplasie et de cancer pharyngés, admet que le développement était centrifuge et inductif, c'est-à-dire par transformation des cellules leucoplasiques préexistantes en cellules cancéreuses. L'étude histologique des lésions montrait en effet, à la limite de la tumeur, une aire de transition, où cancer et leucoplasie semblaient mélangés, avec un épithélium épaissi et quelques figures de karyokinèse.

Ainsi l'extension pourrait se faire de deux manières : par transformation des tissus sains en éléments néoplasiques, ou par refoulement sans transformation par les cellules néoplasiques, des tissus sains qui seraient détruits et comprimés.

Au point de vue clinique aussi, le mode de début est varié. Pour M. Darier, il serait double : soit en surface, par une élévation papillomateuse plus ou moins étendue ou circonscrite, à base très légèrement indurée, s'étendant en surface avant d'envahir les plans profonds, soit, plus rarement, en profondeur, en partant d'une crevasse qui prendrait une très légère induration circonscrite.

Connaissant le mode de début de la transformation cancéreuse, on devra rechercher les signes précoces pour entreprendre un traitement efficace parce que rapide. Leloir disait qu'il faut craindre la transformation épithéliale quand

1° La plaque lisse se papillomatose ;

2° La plaque souple et mince s'épaissit et s'indure ;

- 3° Quand une fissure ou ulcération persiste, s'étend et s'entoure d'un noyau induré ;
- 4° Quand les ganglions se prennent il est déjà trop tard.

Ces signes malheureusement sont vagues, inconstants et difficiles à apprécier. Même en leur absence, il faut avoir une conduite thérapeutique énergique bien que sage et prudente. Il ne faudra pas perdre un temps précieux à tenter un traitement d'épreuve anti-syphilitique ou à entreprendre des thérapeutiques insuffisantes par cautérisations, badigeonnages ou même radiothérapie et radiumthérapie. Il sera bon devant toute lésion suspecte, de pratiquer une biopsie qui assurera de sa nature exacte, et même une extirpation chirurgicale immédiate sans demander d'examen préalable au laboratoire d'histologie.

C'est cette dernière méthode qui fut préférée, devant une lésion de leucoplasie transformée, saillante et ulcérée, sans retentissement ganglionnaire, que nous avons signalée dans notre observation. La tendance ulcéreuse inflammatoire de la transformation papillomateuse ne devait pas faire regretter cette prudence, même en l'absence de signes histologiques d'épithélioma confirmé.

Cette courte esquisse des relations du cancer et de la leucoplasie au niveau des muqueuses pharyngées, suffit à montrer la fréquence de la transformation néoplasique et, si elle n'en explique pas le processus, elle peut attirer l'attention sur les signes de début et

sur la nécessité d'un traitement rapide. Pousser plus loin, risquerait de nous amener à envisager les questions intéressantes mais trop vastes de la pathogénie du cancer, ou encore des rapports de la syphilis et du cancer à travers la leucoplasie. Cette étude dépasserait le cadre de notre sujet de leucoplasie du pharynx.

CHAPITRE V

Diagnostic différentiel de la leucoplasie au niveau du pharynx.

Le cas de leucoplasie de la luette et des piliers postérieurs que nous avons observé était très typique et le diagnostic s'imposait. La plaque blanche laiteuse, à peine ridée, à bords irréguliers, ne se confondait avec aucune des lésions que l'on rencontre habituellement sur les muqueuses du pharynx et du voile. L'absence de signes généraux et de troubles fonctionnels, la lenteur de l'évolution restreignaient le cadre de la discussion diagnostique.

En fait, un premier examen superficiel suffisait à éliminer les affections propres à la cavité buccale qui se seraient, par exception, développées à ce siège rare et atypique.

La stomatite superficielle, comme celle des auto-intoxications, recouvre une muqueuse uniformément opaline.

Les exsudats blanchâtres des stomatites-pharyngites banales s'enlèvent par grattage, ainsi que, d'ailleurs, les divers enduits pultacés,

les fausses membranes diphtéroïdes, l'enduit crémeux du muguet qui survient chez le nourrisson et le cachectique.

L'opalescence et la teinte gris jaunâtre des phénomènes inflammatoires aigus de pharyngite s'accompagnent de dysphagie et de phénomènes généraux.

Les plaques muqueuses de la syphilis secondaire sont papuleuses, opalines, réparties sur la muqueuse buccale avec prédominance sur la langue et les joues. Plus difficile est le diagnostic des syphilides leucoplasiformes qui ont tous les caractères de la leucoplasie, mais qui sont habituellement accompagnées d'autres symptômes de syphilis secondaire.

L'escarre blanche du nitrate d'argent, ou celle plus rosée des brûlures, les cicatrices surviennent après une épreuve thérapeutique ou une ingestion accidentelle.

Le diagnostic avec les affections cutanées susceptibles d'extension à la muqueuse du voile et des piliers était facile :

Le sporiasis est exceptionnel à cette localisation et s'accompagne d'éléments typiques sur la cavité buccale et la peau.

L'eczéma bucco-pharyngé est une affection aiguë, qui n'a pas la durée ni l'extension des lésions que nous examinions.

Le lupus érythémateux se traduit ordinairement par des plaques rouges, « fréquemment déprimées au centre qui forme une cicatrice blanchâtre, nacréee et entourée d'un cercle blanc. large de plusieurs millimètres, paraissant leucoplasique » ; il y a coexistence fréquente de lésions lupiques érythémateuses de la face.

Le lichen plan pouvait faire hésiter plus longtemps le diagnostic : cette affection, en effet, peut se développer sur le voile et les piliers, et prendre un aspect leucoplasiforme. Mais le plus souvent l'éruption s'étend à d'autres muqueuses et est associée à un exanthème. Symétrique ou unilatérale, la plaque se présente sous forme d'une ou plusieurs taches irrégulières et figurées, en réseaux, en anneaux, en lambeaux de dentelle ou feuilles de fougère, de teinte blanche pure ou bleuâtre, sans éclat ni brillant, et sur fond normal. La surface est granuleuse, souvent en grain de chènevis, et au toucher elle paraît épaissie, parfois mamelonnée. Il n'y a pas de fissures, d'ulcérations ni de desquamation. Ces divers signes cliniques caractérisent suffisamment l'affection pour qu'en général, l'examen histologique et le traitement d'épreuve soient inutiles.

Un dernier diagnostic retint notre attention, celui d'une épidermophytie quelconque, mais les ensemen-

cements furent négatifs. Le grattage, d'ailleurs, n'arrivait pas à détacher la couche blanchâtre superficielle.

* * *

En regard de cette leucoplasie typique existait, à la partie supérieure du pilier antérieur gauche, une lésion transformée qui soulevait un problème diagnostique intéressant, d'abord de fissures et ulcérations, ensuite de bourgeonnement tumoral.

La surface surélevée de la plaque présentait une fissure, qui cliniquement paraissait plutôt une crevasse qu'une ulcération. C'était une lésion sans perte de substance, linéaire, à bords abrupts, nets, sans sécrétion. Seuls l'absence de douleur et une induration n'étaient pas en faveur de ce diagnostic.

L'ulcère syphilitique pourtant est plus creux, à contours réguliers, à fond adhérent, jaune et sanieux. A l'examen anatomo-pathologique on aurait noté une infiltration péri-vasculaire et interstitielle.

L'ulcère leucoplasique est une lésion petite, érosive, à surface plane et lisse, à fond jaunâtre, située au niveau de la muqueuse voisine ; sa couleur est rouge rosée ou opaline, parfois jaunâtre et diphtéroïde ; sa forme est arrondie ou ovale, irrégulière, en raquette ou en étoile. Il est bordé à la périphérie par un fin sillon, qui paraît tracé avec une pointe d'aiguille. L'examen histologique aurait montré une couche fibreuse avec leucocytes mortifiés. Au-dessous, des leucocytes vivant dans un tissu analogue à celui des

bourgeons charnus, plus bas, du tissu scléreux (Gauthier, *Ulcère leucoplasique*).

L'ulcère épithéliomateux peut se développer en surface : il est alors peu profond, avec contours festonnés, irréguliers, inégaux, durs, épais, éversés en bourrelet du côté de la périphérie, anfractueux du côté de l'ulcération.

Il peut aussi se développer au niveau d'une fissure : c'est l'épithélioma interstitiel, avec une induration propre, bien limitée, souvent ligneuse. Cette forme rare a une tendance à l'accroissement. L'aspect des lésions chez notre malade pouvait nous faire croire à ce diagnostic. Seul l'examen histologique devait nous permettre d'affirmer une fissure simple non cancéreuse.

* * *

Cette même plaque de leucoplasie ulcérée était épaisse, surélevée, dure et indurée et nous amenait à envisager la question de la transformation tumorale. L'hypothèse d'un épithélioma greffé sur une fissure venait la première à l'esprit. L'absence de réaction ganglionnaire pourtant était anormale pour un cancer du voile et du pharynx. On pensa alors à un néoplasme au début, à un épithélioma baso-cellulaire ou même à un papillome. L'examen histologique, ici encore, fut nécessaire pour confirmer ce dernier diagnostic.

CHAPITRE VI

Traitement de la leucoplasie pharyngée.

Le malade dont nous avons publié l'observation venait consulter pour une gêne légère au niveau d'une petite plaque ulcérée et tumorale du pilier antérieur gauche. On pouvait faire une biopsie et attendre le résultat de l'examen histologique, avant d'instituer un traitement. Notre Maître, M. le Dr Bourgeois, a préféré pratiquer d'emblée l'exérèse totale et rapide de la tumeur. Il est prouvé en effet, que l'épithélioma leucoplasique est très fréquent, que des tumeurs en apparence bénignes subissent l'évolution cancéreuse, et qu'une biopsie risque de faire perdre un temps précieux et de donner un coup de fouet à des lésions au début ou à marche lente. Dans de semblables conditions, devant une lésion circonscrite, d'aspect douteux, à la fois ulcérée et bourgeonnante, il est préférable d'intervenir tout de suite.

A l'occasion de l'examen de la tumeur leucoplasique, nous avons été amenés à envisager le traitement d'une leucoplasie simple que nous avons découverte au niveau de la luette et des piliers postérieurs. L'aspect non évolutif des lésions ne nous autorisait

pas à enlever chirurgicalement ces plaques étendues et diffuses, et la question se réduisait au traitement ordinaire de la leucoplasie.

Les recherches étiologiques pratiquées n'arrivèrent pas à montrer l'origine syphilitique des lésions. Il eut été inutile de tenter le traitement classique et long par le mercure, les arsénicaux, le bismuth même. L'action des iodures est plus critiquée, certains thérapeutes l'accusant d'accélérer la marche des lésions en évolution.

Le traitement local fut négligé. Les dermatologistes en effet reconnaissent que tous les caustiques et les irritants, loin d'apporter la guérison des placards blancs, incitent à la cancérisation. Les pommades ou glycérolés assez doux au baume du Pérou, à l'huile de cade, à l'acide salicylique sont d'effet incertain. Le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, le bichromate de potasse sont à rejeter. De même les agents physiques comme le thermocautère, la neige carbonique, la diathermie et aussi la radiothérapie ou la radiumthérapie.

On conseilla seulement des soins d'hygiène élémentaire, comme des bains de bouche, des gargarismes à l'eau de Vichy, à l'eau de Saint-Christau, à l'eau de guimauve, de camomille, de pavot, de graines de lin, de feuilles de coca à 2 ‰.

Ajoutons à cela des précautions sévères, comme l'abstention de tabac, d'alcool, d'épices, d'aliments forts, de dentifrices irritants et un régime alimentaire pour éviter les troubles dyspeptiques et les auto-intoxications.

En définitive le traitement de la leucoplasie bourgeonnante et ulcérée doit être chirurgical, celui de la leucoplasie simple hygiénique, avec interdiction des irritants et surveillance attentive de lésions qui spontanément peuvent se compliquer.

Conclusions

Dans ce travail, nous venons de rapporter l'observation complète d'un malade atteint de leucoplasie pharyngée. L'intérêt d'une telle publication nous était apparu multiple :

1° La localisation d'une leucoplasie à la luette, au voile du palais et aux piliers postérieurs est d'une extrême rareté, comme en font foi les quelques autres observations et communications similaires, très peu nombreuses, que nous avons retrouvées et jointes à notre cas personnel.

2° Chez notre malade, la leucoplasie siégeait sur la luette et les piliers, électivement, et à l'exclusion de toute autre localisation leucokératosique. Les territoires habituels ou occasionnels de l'affection étaient indemnes.

3° A côté de la leucoplasie typique, existait une plaque de leucoplasie transformée où l'on relevait deux ordres de lésion, une ulcération et un bourgeonnement tumoral. Cette plaque saillante, ulcérée, indurée, avait tous les caractères cliniques d'une transformation maligne épithéliomateuse. Cependant, l'examen histologique pratiqué après extirpation de la tumeur, montra qu'il s'agissait d'une complication fissuraire papillomateuse mais non cancéreuse.

4° Le diagnostic de la lésion leucoplasique elle-même avec les autres affections du pharynx est en général facile, ne prêtant guère à erreur qu'avec le lichen plan et certaines épidermophyties.

5° Nous avons envisagé le problème des relations entre la leucoplasie et les autres affections pharyngées, en particulier entre la leucoplasie et le cancer du pharynx.

6° La conduite à tenir devant une lésion de leucoplasie transformée, d'apparence maligne, mais peu étendue et totalement extirpable, nous a paru devoir être la suivante : proscrire la biopsie, capable de déchaîner un processus évolutif dans des lésions au début ou à marche lente ; lui préférer l'exérèse totale de la tumeur, demandant ensuite à l'histologie de nous en affirmer la véritable nature et de nous convaincre que notre extirpation a dépassé les limites des parties malades.

Quant au traitement de la leucoplasie simple et banale du pharynx, il doit être surtout hygiénique avec interdiction de tous les irritants alimentaires ou thérapeutiques et surveillance constante de lésions sujettes à de graves complications.

Vu : le Doyen, Vu : le Président de la thèse,
BALTHAZARD. LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- Babonneix et Darré.* — Pathologie du pharynx.
- Bloodgood (J. C.).* — The preexisting lesions in the oral cavity and their relation to malignant diseases (Dental. Rev. Chicago, 1917).
- Bournique.* — Thèse Paris, 1929.
- Citelli.* — Sur l'existence de leucoplasie typique sur les amygdales palatines et pharyngées et sur les cornets inférieurs (L'oto-rhino internationale, oct. 1931).
- Darier.* — Précis de Dermatologie.
- Deelman.* — Leukoplakia and cancer (Report on the international conference on cancer. Londres, juillet 1928).
- De Forest (H. P.).* — Leukoplakia buccale (Ann. Surg., 78, oct. 1923).
- Eichenlaub.* — Leukoplakia buccale (South. M. S., 21, nov. 1928).
- Fournier.* — Traité de la syphilis.
- Franke.* — Leukoplakia buccalis, 40 cases (J. A. M. A., nov. 1925).
- Gabarrou.* — Tumeurs bénignes du voile du palais. Bordeaux, 1922.

Gaucher. — Précis de syphiligraphie.

Gaucher et Sergent. — Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale (Archives de Médecine expérimentale, 1900).

Gauthier. — Ulcère leucoplasique et ulcérations de la leucoplasie. Thèse Paris, 1908-1909.

Gougerot. — Epithélioma de l'Œsophage (Journal des Praticiens, 14 septembre 1912).

Horand. — Syphilis et cancer (Journal de Médecine. Paris, 1908).

Legrand. — Syphilis et cancer (Journal de Médecine. Paris, 1908).

Letulle. — Le rôle de la Σ dans le cancer (Journal de Médecine. Paris, 1907).

Martinez-Audren. — Epithélioma de l'hypopharynx chez une femme fumeuse (Rev. Esp. Y. amer. de Laryngo, février 1930).

Merklen (P.). — Sporiasis buccal de Bazin (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1883).

Millian. — Leucoplasie (Journal des Praticiens, mars 1923).

Moramarco. — Sede insolita de leucoplasia buccale (La Stoma, anno 28, Aprile 1930).

Morestin. — Epithéliomas leucoplasiques à localisation symétrique sur la gencive supérieure et la voûte palatine (Bulletin et Mémoire de la Société anat. Paris, 1914).

Ozenne. — Syphilis et cancer. Leur nature, leurs rapports. Terrain syphilitique (Bulletin et Mé-

- moire de la Société de Médecine. Paris, 1921).
- Du rôle de la syphilis dans le cancer (Clinique pratique des maladies des yeux, larynx, etc. Paris, 1908).
- Rosner (Simon)*. — Leucoplasia buccal (La medicina argentina, n^{os} 92 et 93, janvier et février 1930).
- Roussy*. — Le cancer et les irritations chroniques (Nouveau traité de médecine. Roger-Widal et Tessier. Paris, Masson, 1929).
- Roussy et Bertillon*. — Syphilis et cancer. A propos des épithéliomas des muqueuses bucco-pharyngées et laryngées (Association française pour l'étude du cancer, 19 décembre 1929).
- Sébileau*. — Le diagnostic des principaux cancers, publié sous la direction du Professeur Hartmann (Masson, 1929).
- Watson (Williams)*. — Leucoplakia of walls specimen. (The Journal de laryngology and otology, 1929).
- Wenberger*. — Syphilis de la bouche et du pharynx (Pensylvania Medical Journal, 1909).

